

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ПАЦИЕНТОК С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ГЕСТОЗАХ**

*Киселева Н.И., Арестова И.М., Жукова Н.П., Дейкало Н.С.,  
Кожар Е.Д., Лебедева Т.Н.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

**Введение.** Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) при гестозе развивается более чем в 50% случаев и в половине из них приводит к развитию хронической гипоксии, синдрома задержки внутриутробного развития плода, а также является одной из главных причин перинатальной заболеваемости и смертности [1]. По литературным данным, заболеваемость новорожденных при ФПН составляет 802‰, при этом гипоксически-ишемические поражения ЦНС отмечаются у 49,9% новорожденных, дыхательные нарушения и аспирационный синдром - у 11%, а реанимационные мероприятия необходимо проводить 15,2% детей [2].

**Цель.** Изучить особенности течения беременности, родов и перинатальные

исходы у пациенток с ФПН при гестозах.

**Материалы и методы.** Для решения поставленной цели проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и их исходов у 72 женщин с ФПН на фоне гестозов средней и тяжелой степени, родоразрешенных в в УЗ «Витебский городской клинический родильный дом №2». Диагностика ФПН была основана на данных УЗИ (фетометрия, дыхательные движения плода, двигательная активность плода, тонус плода, плацентография). КТГ и доплерометрии (маточно-плацентарный кровоток, фетоплацентарный кровоток). Все полученные результаты обработаны с помощью пакета STATISTICA 6.0

**Результаты и обсуждение.** Средний возраст пациенток составил 24,8±6,5 года. Наибольший процент женщин с ФПН при гестозах средней и тяжелой степени относился к раннему репродуктивному возрасту (20-29 лет) – 61,1%. В 25,0% наблюдаемый гестоз развивался у женщин в возрасте 35 лет и старше.

По социальному составу среди пациенток преобладали работницы умственного труда (63,9%), из них служащие составили 38,9%, медработники – 8,3%. педагоги – 11,1%, студенты – 5,6%.

Согласно нашим данным, экстрагенитальная патология имела место у 100% пациенток, в том числе: нарушение жирового обмена – у 23%, заболевания сердечно-сосудистой системы – у 27%. эндокринные заболевания – у 15%, заболевания органов мочевыделительной системы – у 14%. заболевания желудочно-кишечного тракта – у 12,5%. заболевания органов дыхания – у 9,7%, заболевания ЛОР-органов – у 6,9%.

У 79% беременных отмечались различные гинекологические заболевания, а именно: патология шейки матки – у 44%. хронические воспалительные заболевания женских половых органов – у 33%. нарушения менструальной функции – у 10%. инфекции, передающиеся половым путем – у 7%, миома матки – у 6%.

Среди анализируемого контингента преобладали первородящие женщины – 56%, из них первобеременных, первородящих было 46%, повторно беременных – 10%. Роды в анамнезе имели 44% беременных. в том числе прерывания беременности из них - 62%.

В первой половине беременности осложнения отмечены у 51% женщин: угроза прерывания – у 32%, ранний токсикоз – у 12,5%, ОРВИ – у 9,7%. ИППП – у 3,5%, пиелонефрит – у 3,5%. Осложнения второй половины беременности имели место у 56% пациенток: угрожающие преждевременные роды – у 27%, ОРВИ – у 12,5%, пиелонефрит – у 9,7%, анемия – у 16,7%, синдром задержки внутриутробного развития плода – у 25%, многоводие – у 3%, маловодие – у 9%.

Беременность закончилась срочными родами у 67% женщин, преждевременными – у 33 %. Программированные роды путем плановой амниотомии проводились у 21% пациенток. Через естественные родовые пути роды произошли у 38% больных. Среди осложнений родового акта наиболее часто отмечены несвоевременное излитие околоплодных вод (23%), аномалии родовой деятельности (15,0%)

Операцией кесарева сечения родоразрешены 62% женщин. Показаниями к оперативному родоразрешению явились тяжелый гестоз, длительное прогрессирующее течение, неэффективность проводимой терапии – 32% случаев, прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода, возникающая вследствие

декомпенсированной ФПН – 27%, аномалии родовой деятельности – 5%, преждевременное излитие околоплодных вод, неподготовленность родовых путей – 13%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 4%, рубец на матке – 6%, клиническое несоответствие размеров плода и таза – 2%, предлежание плаценты – 1%, отсутствие эффекта от родовозбуждения – 10%

Родились 75 детей, из них в удовлетворительном состоянии по шкале Апгар - 32%, в состоянии асфиксии легкой степени – 33%, средней степени – 15%, тяжелой - 20%. В раннем неонатальном периоде у 65% новорожденных выявлены заболевания, а именно: недоношенность – у 33%, гипоксически-ишемическое повреждение ЦНС – у 56%, хроническая внутриутробная гипоксия – у 15%, маловесный к сроку гестации – у 29%, внутриутробная инфекция – у 17%, респираторный дистресс-синдром I типа – у 22%, непрямая гипербилирубинемия – у 18%, геморрагический синдром и гематологические нарушения – у 12%. В Витебскую областную детскую клиническую больницу переведено 29% новорожденных для дальнейшего лечения.

Нами установлено, что наиболее неблагоприятными прогностическими признаками при ФПН на фоне гестоза, указывающими на высокий риск осложненного течения раннего неонатального периода являлись:

❖ по данным УЗИ:

1 синдром задержки внутриутробного развития плода, особенно симметричная форма;

2 угнетение двигательной активности плода в виде негенерализованных движений или отсутствие двигательной активности плода;

3 снижение тонуса плода;

• несоответствие степени зрелости плаценты гестационному сроку и изменению ее толщины;

4. маловодие;

❖ по данным доплерометрии: повышение СДО в артерии пуповины в III триместре гестации до 3,0 и более;

❖ по данным кардиотокографии:

5 синусоидальный тип ритма;

6 амплитуда осцилляций менее 5 уд/мин;

7 урежение или отсутствие акцелераций;

• увеличение количества децелераций и наличие их вариабельных форм;

8 монотонный ритм и трудно интерпретируемые записи.

**Выводы.** Таким образом, приведенные нами данные свидетельствуют о том, что ФПН на фоне гестоза – это тяжелая акушерская патология, которая приводит к осложнениям не только для матери, но и для плода. Стресс, испытываемый плодом у больной с гестозом, отрицательно воздействует на состояние будущего ребенка, о чем свидетельствуют высокие показатели перинатальной заболеваемости новорожденных от матерей с этой патологией.

Литература:

1 Сидорова, И. С. Фетоплацентарная недостаточность (клинико-диагностические аспекты) / И. С. Сидорова, И. О. Макаров. – М.: «Знание-М», 2000. – 126 с.

2 Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика и лечение / А.Н. Стрижаков [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – №2 (2). – С. 53 – 64